


Утверждено
решением Наблюдательного Совета
КГП на ПХВ «Городская поликлиника №2»
УОЗ г. Алматы
от 26.08.2022, Протокол № 2

ПОЛИТИКА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ КГП на ПХВ «Городская поликлиника №2» УОЗ г. Алматы

1. Назначение

1.1. Настоящая Политика конфиденциального информирования (далее – «Политика») определяет порядок подачи сообщений (заявления, жалобы) о нарушениях, их рассмотрения, принятия мер по результатам их рассмотрения, а также устанавливают меры по поддержке работников КГП на ПХВ «Городская поликлиника №2» УОЗ г. Алматы (далее – Поликлиника).

1.2. Настоящая Политика не применяется при рассмотрении обращений физических и юридических лиц в соответствии с Законом Республики Казахстан «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц».

1.3. Компания стремится к наилучшим стандартам корпоративного управления, прозрачности и подотчетности и, следовательно, желает обеспечить соблюдение применимых регуляторных требований.

1.4. Любое нарушение, в частности несоблюдение Кодекса этики и комплаенс, может нанести существенный ущерб деятельности и репутации Поликлиники. Политика предназначена для управления рисками в отношении нарушений принципов и стандартов поведения, а также для соблюдения требований применимого антикоррупционного законодательства.

1.5. Как правило, лицами, кому первыми становится известно о предполагаемых нарушениях являются работники КГП на ПХВ «Городская поликлиника №2» УОЗ г. Алматы. Однако многие работники могут посчитать, что выражение обеспокоенности о нарушениях руководителю подразделения или руководству организаций Группы является неприемлемым по различным причинам; работники могут посчитать, что вопрос, вызывающий их обеспокоенность является недостаточно существенным; или что выражение работником обеспокоенности будет рассматриваться в качестве неloyального отношения такого работника к Группе; или что будет проще проигнорировать данный вопрос. В этой связи, руководство Поликлиники предоставляет работникам и иным Ассоциированным лицам, раскрывающим информацию о нарушениях, гарантии конфиденциальности и защиту от притеснений, включая сохранение рабочего места. Вместе с тем, к работникам, которые действуют недобросовестно или выдвигают обвинения в целях получения личной выгоды и/или со злым умыслом, могут быть применены меры ответственности, предусмотренные применимым законодательством и внутренними документами Группы.

2. Область применения

2.1. Настоящая Политика распространяется на всех работников КГП на ПХВ «Городская поликлиника №2» УОЗ г. Алматы.

3. Термины и определения

3.1. Для целей настоящей Политики нижеприведенные термины и определения имеют следующие значения:

1) Антикоррупционное законодательство – законодательство по вопросам борьбы с коррупцией, в том числе Уголовный кодекс Республики Казахстан, Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях, Закон Республики Казахстан «О

противодействию коррупции» и иное применимое антикоррупционное законодательство;

2) СППиВА—Служба поддержки пациентов и внутренний аудит КГП на ПХВ «Городская поликлиника №2» УОЗ г.Алматы;

3) Сообщение – информация, полученная посредством предназначенных каналов связи, указанных в пункте 5.2.2. настоящей Политики, а также иными способами, предусмотренными настоящей Политикой;

4) Автор сообщения – работник Группы, иное третье лицо;

5) Субъект – работник КГП на ПХВ «Городская поликлиника №2» УОЗ г.Алматы, против или в отношении которого подано Сообщение;

6) Третье лицо – заказчики, поставщики, потребители, подрядчики, субподрядчики, посредники и прочие сторонние организации, а также физические лица;

7) Дисциплинарные взыскания – взыскания, предусмотренные Трудовым кодексом Республики Казахстан;

8) Уполномоченное лицо Поликлиники – комплаенс-офицер, в случае отсутствия (командировка, отпуск, временная нетрудоспособность) – исполняющий его обязанности работник и/или руководитель СППиВА;

9) Внешняя независимая организация («горячая линия») - внешняя независимая организация по конфиденциальному информированию, принимающая сообщения о потенциальных, совершенных или совершаемых нарушениях антикоррупционного законодательства Республики Казахстан, регуляторных требований, а также по иным вопросам, предусмотренным настоящей Политикой. «Горячая линия» доступна круглосуточно, без выходных и имеет поддержку на государственном, русском и английском языках. При обращении работник должно указать язык, которым желало бы воспользоваться.

4. Область применения

4.1. Политика предусматривает руководство для работников Группы и иных /третьих лиц по процедуре информирования в отношении совершенных или совершаемых нарушений в Группе.

4.2. Виды нарушений, которые рассматриваются настоящей Политикой:

4.2.1 Взятничество и коррупция:

- ✓ Дача взятки;
- ✓ Получение взятки;
- ✓ Незаконное вознаграждение;
- ✓ Мошенничество;
- ✓ Преступный сговор;
- ✓ Принуждение;
- ✓ Злоупотребление должностными полномочиями

4.2.2 Нарушения бухгалтерского учета:

- ✓ Ошибки в бухгалтерском учете;
- ✓ Искажения в бухгалтерском учете;
- ✓ Финансовые упущения;
- ✓ Фальсификация записей и документов.

4.2.3 Неравные условия найма и труда:

- ✓ Дискриминация;
- ✓ Трудовые конфликты;
- ✓ Сексуальные домогательства;
- ✓ Неэтичное поведение.

4.2.4 Угроза здоровью, безопасности и окружающей среде:

- ✓ Ущерб окружающей среде;
- ✓ Вред имуществу;
- ✓ Небезопасные условия работы;

- ✓ Кража;
- ✓ Нанесение вреда здоровью.
- 4.2.5 Утечка информации:
- ✓ Несанкционированное раскрытие конфиденциальной и инсайдерской информации.

5. Порядок информирования

5.1. Работники и иные /третьи лица в случае, если им становится известно о несоблюдении Антикоррупционного законодательства, регуляторных требований и/или внутренних процедур, должны как можно скорее информировать об этом в порядке, предусмотренном в пункте 5.2. Политики. При этом работники и иные / третьи лица должны обеспечить, чтобы раскрываемая информация была достоверной, и такое раскрытие было добросовестным. Вместе с тем, от работника или третьего лица не требуется проведения какого-либо расследования случаев несоблюдения антикоррупционного законодательства, регуляторных требований и/или внутренних процедур.

5.2. Работники и третьи лица могут по своему выбору сообщать о своей обеспокоенности о потенциальном нарушении, в том числе на конфиденциальной основе.

5.2.1 Порядок информирования на не конфиденциальной основе:

- ✓ Работники могут обратиться к своему непосредственному руководителю: В этом случае информирование осуществляется при личной встрече или в письменной форме. Если информирование осуществляется в письменной форме, предпочтительно изложить предысторию и хронологию вопроса, вызывающего обеспокоенность работника и указать причины такой обеспокоенности;
- ✓ Работники могут обратиться к вышестоящему руководителю Если рассматриваемый вопрос имеет отношение к непосредственному руководителю или если работник предпочитает не обсуждать данный вопрос с непосредственным руководителем, то работник может сообщить о данном вопросе напрямую вышестоящему руководителю. При этом так же предпочтительно, чтобы вопрос и причины, вызвавшие обеспокоенность, были изложены четко в письменной форме. Непосредственные руководители и вышестоящий руководитель:
 - Получают сообщения о возможных нарушениях;
 - Обеспечивают осведомленность своих работников по настоящей Политике и установленной процедуре;
 - Поощряют открытую рабочую окружающую среду для персонала, который легко может высказывать обеспокоенность;
 - Рассматривают каждый вопрос, переданный в соответствии с настоящей Политикой, должным образом;
 - Рассматривают возможность предоставления рекомендаций лицу, выразившему обеспокоенность, или занимаются данным вопросом лично;
 - Рассматривают необходимость проведения расследования;
 - Разрешают обеспокоенность, если это возможно;
 - При невозможности решения данного вопроса направляют его Комплаенс-офицеру.
- ✓ Работники и иные лица могут обратиться к Председателю ПрофКомитета, если вопрос, вызывающий обеспокоенность работника касается дискриминации, трудовых конфликтов, сексуальных домогательств, неэтичного поведения, работники и иные лица могут сообщить об этом в устной или письменной форме.

Председатель ПрофКомитета:

 - Получает сообщения о возможных нарушениях;
 - Рассматривает каждый вопрос, переданный в соответствии с настоящей Политикой должным образом;
 - Рассматривает возможность предоставления рекомендаций лицу, выразившему обеспокоенность, или занимается данным вопросом лично;
 - Разрешает обеспокоенность, если это возможно;

- При невозможности решения данного вопроса направляет его Комплаенс-офицеру.
- ✓ Работники и третьи лица могут обратиться в Комплаенс-офицеру. Помимо сообщения непосредственному руководителю, вышестоящему руководителю, Председателю ПрофКомитета, или если работник предпочитает не обсуждать вопрос, вызывающий обеспокоенность, работник может обратиться Комплаенс-офицеру.

Все иные третьи лица могут сообщать о совершенных или совершаемых нарушениях Антикоррупционного законодательства, регуляторных требований и/или внутренних процедур Комплаенс-офицера.

5.2.2 Порядок информирования на конфиденциальной основе:

- ✓ Работники и третьи лица могут обратиться на конфиденциальной и анонимной основе одним или несколькими из следующих способов: - эл.почта Almaty_gp2@mail.ru- Интернет www.Gp2.kz

В целях соблюдения Антикоррупционного законодательства Поликлиника обеспечивает для работников и третьих лиц возможность информирования о совершенных или совершаемых нарушениях СППиВА по конфиденциальному информированию на основе конфиденциальности, а также если обратившееся лицо желает остаться анонимным - на основе анонимности.

Однако, при анонимном сообщении затруднительно отреагировать должным образом, поскольку может возникнуть необходимость получения дополнительных сведений или раскрытия предоставленной заявителем информации. Наличие данных автора сообщения и возможность общения с ним позволяет рассмотреть его сообщение более тщательно и эффективно.

Поликлиника призывает работников и третьих лиц сообщать свои имена, контактную информацию для оказания помощи в дальнейшем расследовании и информирования авторов сообщений о достигнутых результатах.

6. Гарантии от притеснения

6.1. Работники и иные лица, сообщающие о нарушениях в соответствии с настоящей Политикой, не будут подвергнуты какому-либо негативному обращению или наказанию каким-либо образом. Работникам предоставляется полная защита прав и интересов, включая сохранение рабочего места. Вместе с тем, к работникам, которые действуют недобросовестно или выдвигают обвинения в целях получения личной выгоды и/или со злым умыслом, могут быть применены дисциплинарные меры.

7. Порядок рассмотрения Сообщений

7.1. Сообщения о фактах, способных повлечь уголовную ответственность, Поликлиникой не рассматриваются. Лицу, выразившему достоверную обеспокоенность, должно быть сообщено о необходимости обращения в уполномоченные государственные органы. При отсутствии возможности сообщения лицу о необходимости обращения в уполномоченные государственные органы, информация передается в СППиВА Поликлиники для дальнейшего рассмотрения и передачи в уполномоченные государственные органы.

7.2. Сообщения, поступившие к комплаенс-офицеру и СППиВА, регистрируются в журнале регистрации.

7.3. Журнал регистрации включает в себя порядковый номер; дату поступления; автора (при наличии); субъекта; краткую информацию о нарушении; статус сообщения (рассмотрен, отклонен).

7.4. Сообщения рассматриваются Уполномоченным лицом по мере их поступления. Уполномоченное лицо проводит первичную обработку для классификации по уровню риска (низкий, средний, высокий), определения вида нарушения в соответствии с п. 4.2. настоящей Политики и необходимости проведения расследования.

7.5. Отклонение сообщения осуществляется в следующих случаях:

- 1) отсутствие данных о субъекте сообщения (когда невозможно по информации в сообщении идентифицировать субъект сообщения);
 - 2) не раскрыта суть нарушения или нарушение не входит в сферу применения настоящей Политики;
 - 3) сообщение одновременно адресовано в несколько инстанций, руководство Поликлиники и/или государственные органы. Такие сообщения рассматриваются в рамках Закона Республики Казахстан «О порядке рассмотрении обращений физических и юридических лиц»;
 - 4) когда в Поликлинике отсутствуют эксперты для проведения служебного расследования и привлечение внешних экспертов не представляется возможным.
- 7.6. При принятии решения о проведении расследования Уполномоченное лицо определяет ответственное структурное подразделение (ответственное лицо) в соответствии с распределением подразделений, ответственных за расследование сообщений, (приложение №1 к настоящей Политике) или при необходимости рекомендует ответственному структурному подразделению создать рабочую группу для проведения расследования. Решение Уполномоченного лица является обязательным для исполнения всеми структурными подразделениями и работниками Поликлиники.
- 7.7. Ответственное структурное подразделение (ответственное лицо) или рабочая группа по расследованию перед проведением непосредственного расследования проводит дополнительный сбор необходимой информации и формирует план расследования. При этом необходимо максимально ограничить круг лиц, которым становится известно о поступившем сообщении и ходе расследования.
- 7.8. По результатам расследования ответственным структурным подразделением (ответственным лицом) или рабочей группой по расследованию составляется и подписывается отчет о проведенном расследовании, содержащий детальное описание выводов со ссылками на подтверждающие доказательства. Форма отчета приведена в приложении №2 к Политике. Отчет доводится до сведения Уполномоченного лица в разумный срок.
- 7.9. По результатам проверки ответственное подразделение (ответственное лицо) уведомляет автора сообщения о результатах расследования и принятых мерах с учетом требований по сохранению конфиденциальности и защите персональных данных. В случае анонимного обращения, информация о результатах расследования направляется Уполномоченному лицу, которое направляет полученную информацию Внешней независимой организации.
- 7.10. Администрация и СППиВА рассматривает информацию, связанную с поступившими Сообщениями, результатами расследования и принятыми мерами, очень чувствительной и относящейся к конфиденциальной информацией. Запрещается обсуждение Сообщений, результатов расследования и принятых мер в местах общего скопления людей (лифты, кафе, столовая, т.д.). К лицам, виновным в неправомерном раскрытии любой информации, связанной с поступившими Сообщениями, результатами расследования и принятым мерами, будут применены меры ответственности, предусмотренные применимым законодательством и внутренними документами Компании.

8. Отчетность

8.1. Уполномоченное лицо обязано отчитываться перед администрацией/СППиВА ежеквартально о статусе расследований по поступившим Комплаенс-официру. Информация должна содержать:

- количество поступивших сообщений (все поступившие сообщения);
- количество релевантных сообщений (принятых к расследованию, по которым есть какие-то конкретные факты или предварительная информация), по которым проведено расследование;

- информация о том, подтвердилось ли сообщение или нет (в случае частичного подтверждения (если подтвердилась часть сообщений) необходимо указывать что подтвердилась);
 - информация о том, какие меры приняты в отношении субъекта сообщения (расторжение трудового договора, дисциплинарные меры, информация направлена в правоохранительные органы и т.д.);
 - сфера деятельности, в которой совершено нарушения (закупки, трудовые конфликты, конфликт интересов, коррупция и мошенничество и т.д.).
- 8.2. Уполномоченное лицо информирует Комплаенс-официера о новых поступивших сообщениях.
- 8.3. По запросу отчетность по поступившим материалам авторов сообщений предоставляется Комплаенс-офицеру.

9. Мониторинг и обучение

- 9.1. Поликлиника приветствует работников, готовых к открытому обсуждению Политики, и положительно относится к любым конструктивным предложениям по ее совершенствованию.
- 9.2. Администрация Поликлиники на регулярной основе (по мере необходимости либо один раз в два года) в целях актуализации и совершенствования пересматривает требования Политики, и при необходимости, вносит в нее изменения и/или дополнения с учетом предложений и рекомендаций СППиВА.
- 9.3. Политика должна быть понятна и доступна каждому работнику. Все новые работники обязаны пройти обучение по Политике в рамках адаптационного курса.
- 9.4. В целях повышения осведомленности о работе «горячей линии» среди работников размещается информация на веб-сайте.

10. Хранение информации

- 10.1. Информация о поступивших Сообщениях, результаты расследований и иная, относящаяся к настоящей Политике информация, хранится не менее 5 лет.

11. Приложения

- 11.1. Приложение 1 Распределение подразделений, ответственных за проведение расследований
- 11.2. Приложение 2 Форма отчета о проведенном расследовании по поступившему сообщению

Приложение 1
Распределение подразделений, ответственных за проведение расследований

Распределение подразделений, ответственных за проведение расследований	
Вид нарушения	Ответственное структурное подразделение
Взяточничество и коррупция	
✓ Дача взятки; ✓ Получение взятки; ✓ Незаконное вознаграждение; ✓ Мошенничество; ✓ Преступный сговор; ✓ Принуждение; ✓ Злоупотребление должностными полномочиями	СППиВА и Комплаенс-офицер
Нарушения бухгалтерского учета	
✓ Ошибки в бухгалтерском учете; ✓ Искажения в бухгалтерском учете; ✓ Финансовые упущения; ✓ Фальсификация записей и документов	СППиВА и Комплаенс-офицер
Неравные условия найма и труда	
✓ Дискриминация; ✓ Трудовые конфликты; ✓ Сексуальные домогательства; ✓ Незтичное поведение	СППиВА и Комплаенс-офицер
Угроза здоровью, безопасности и окружающей среде	
✓ Ущерб окружающей среде; ✓ Вред имуществу; ✓ Небезопасные условия работы; ✓ Кража; ✓ Нанесение вреда здоровью.	СППиВА и Комплаенс-офицер
Утечка информации	
✓ Несанкционированное раскрытие конфиденциальной и инсайдерской информации	СППиВА и Комплаенс-офицер

Форма отчета о проведенном расследовании по поступившему сообщению

Форма
отчета о проведенном расследовании по поступившему сообщению
_____ (указать авторов)

Вид нарушения (юридическое, бухгалтерские, этические и т.д)	
Автор сообщения	
Наименование	
Субъект сообщения	
Проблема	
Выводы по результатам расследования	
Ответственное подразделение/подразделения, выполнившие расследование	

Подписи:

Руководитель ответственного подразделения

К отчету приобщаются:

- 1) Документы, имеющие отношение к содержанию сообщения;
- 2) Документы, подтверждающие выводы отчета;
- 3) Рекомендации/ план корректирующих действий (в случае установления в совершенном правонарушении признаков преступления, отображаются все признаки уголовного наказуемого деяния, для дальнейшего решения вопроса о передаче материалов расследования в правоохранительные органы в соответствии с законодательством Республики Казахстан).